Die rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen der Schwangerschaftsunterbrechung mit besonderer Berücksichtigung der Unterbrechung bei Tuberkulose

---

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des medizinischen Doktorgrades an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

Ilse Posoreck
aus Berlin

Tag der Promotion: 15. 5. 1941.

Druck: *Karl u. Richard Hoffmann*, Charlottenburg Schillerstr. 44

M 57

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Prof. Dr. Müller-Heß

Schon die Fassung „rechtliche und medizinische Voraussetzungen der Schwangerschaftsunterbrechung" zeigt das Neue des Themas, denn eine rechtliche Bestimmung über Schwangerschaftsunterbrechungen gab es bisher nicht. Das geltende Strafgesetz schützte den Arzt in solchen Fällen zu wenig. Die herrschende Meinung der Juristen kam dem Arzt hier zu Hilfe, indem sie den Arzt nach herrschendem Gesetz für straffrei erklärte, wenn er wegen dringender und sonst nicht abwendbarer Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren die Frucht entfernte. Viele Juristen haben auch als Berufsrecht des Arztes anerkannt, zur Rettung der Mutter das Kind zu töten. Es war feststehende Gerichtspraxis, daß Aerzte straffrei waren, die lege artis zur Rettung der Mutter die Perforation vornahmen. Dasselbe, was hier für die Perforation gesagt wurde, galt auch für die Schwangerschaftsunterbrechung. Hinsichtlich dieser hat sich das Reichsgericht in einer sehr ausführlichen Entscheidung vom 11. 3. 27 geäußert:

„Nach den Leitsätzen, die im Jahre 1917 von der durch Hinzuziehung von Vertretern der Aerztekammer erweiterten preußischen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen aufgestellt und dem im Jahre 1918 dem Reichstage vorgelegten, nicht erledigten Entwurf eines Gesetzes gegen die Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung beigefügt wurden, wird von den Aerzten die Schwangerschaftsunterbrechung nur dann für geeignet erachtet, wenn bei der Schwangeren infolge einer bereits bestehende Erkrankung eine als unvermeidlich erwiesene schwerste Gefahr für Leben oder Gesundheit vorhanden ist, die durch kein anderes Mittel, als durch Unterbrechung der Schwangerschaft abgewendet werden kann. Die Unterbrechung aus sozialen oder rassenhygienischen Gründen wird abgelehnt".

Diese Leitsätze haben weitgehende amtliche Anerkennung gefunden. Ein gesetzlicher Schutz des Arztes waren sie aber nicht.

Ein weiterer Ansatz, diesen auf die Dauer untragbaren Zustand zu ändern, wurde auf dem deutschen Aerztetag in Leipzig am 9. und 10. 9. 25 gemacht. Damals standen unter anderem die sogenannten Leitsätze Vollmann auf der Tagesordnung. Sie sollten der Bekämpfung der Abtreibungsseuche dienen. Darin heißt es in Absatz 5:

„Eine Unterbrechung der Schwangerschaft durch den Arzt nach den Regeln der Wissenschaft, insbesondere zur Beseitigung einer bestehenden oder drohenden erheblichen Gefahr für Gesundheit oder Leben der Schwangeren, ist nicht gesetzwidrig und keine Abtreibung im Sinne des Strafgesetzes."

Abschnitt 6:

„Die rechtliche Sonderstellung der begründeten Schwangerschaftsunterbrechung durch einen Arzt setzt voraus, daß der Eingriff nach den Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und Kunst und nach der „Uebung eines gewissenhaften Arztes" vorgenommen wird. Daher sind folgende Forderungen für die Standesordnung zu erheben:

a) die Unterbrechung darf nur aus ärztlichen Gründen — also zum Zwecke der Heilung oder Gefahrverhütung — vorgenommen werden.

Die sogenannte „soziale Indikation", die richtiger wirtschaftliche Indikation hieße, gründet sich auf Notlagen, zu deren Beurteilung der Arzt nicht allein berufen und zuständig ist; sie ist als Indikation für die Unterbrechung unbedingt abzulehnen.

Die sogenannte eugenische Indikation bewegt sich auf einem ärztlich-biologischen Fragengebiet, dessen Forschungsergebnisse noch zu dürftig sind, um schon jetzt dem praktischen Handeln als Stütze zu dienen.

b) Zur Feststellung der ärztlichen Begründung für eine Schwangerschaftsunterbrechung ist, außer in Fällen schwerster Lebensgefahr, die vorherige Beratung mit wenigstens noch einem zweiten Arzt erforderlich . . ."

Diese Leitsätze, die der Versuch sind, zum ersten Mal, feste Richtlinien für dieses viel umstrittene Fragengebiet aufzustellen, wurden unter den damaligen Verhältnissen nicht in die Tat umgesetzt.

Es blieb dem Nationalsozialismus vorbehalten, auch auf diesem Gebiet neue Gesetze zu schaffen. Am 26. Juni 1935 wurde das Gesetz zur Aenderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 verkündet. Es besagt:

„Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung, die nicht naach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt und mit dessen Einwilligung vollzieht."

Das heißt also, eine Schwangerschaft kann unterbrochen werden, wenn dadurch Leben und Gesundheit der Mutter erhalten bleiben. Es gibt jetzt also eine eugenische und eine medizinische Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung.

Eingriffe aus sozialer Indikation sind nach wie vor verboten und strafbar. Diese Fragestellung hat zudem ihre Bedeutung verloren, seitdem von staatswegen für die kinderreichen Familien ausreichend gesorgt wird.

Am 18. 7. 1938 erschienen dann die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz. Ich möchte daraus nur einige wichtige und grundlegende Artikel näher besprechen.

Art. 3: „Die Einwilligung zur Schwangerschaftsunterbrechung . . . . nach § 14 des Gesetzes ist von demjenigen zu erklären, an dem der Eingriff vorgenommen werden soll. Kann ihm nach Ansicht des Amtsarztes die Bedeutung der Maßnahme nicht verständlich gemacht werden, so ist die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters oder des Pflegers erforderlich."

Art. 4: „Ohne Einwilligung ist der Eingriff nur statthaft, wenn er wegen unmittelbarer Gefahr für Leben oder Gesundheit nicht aufgeschoben werden kann."

Das heißt also, eine Schwangerschaftsunterbrechung kann nur dann vorgenommen werden, wenn die betreffende Patientin sich damit einverstanden erklärt. Lehnt sie aus irgendeinem Grunde den Eingriff ab, so kann sie zu einer Ausführung durch gesetzliche Maßnahmen nicht gezwungen werden. Eine Ausnahme, die im Artikel 4 erwähnt

wird, betrifft nur Personen, die die Tragweite des Eingriffes nicht übersehen können, und bei denen deshalb, nach Artikel 3 die Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters zuvor eingeholt werden muß. Hier kann im Notfall, wenn nämlich der Eingriff unverzüglich geschehen muß, von der Zustimmung durch Vormund oder Pfleger Abstand genommen werden.

Art. 5: „(1) Eine Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung gemäß § 14, Abs. 1 des Gesetzes darf erst vorgenommen werden, nachdem eine Gutachterstelle (Art. 6 und 7) den Eingriff für erforderlich erklärt hat, es sei denn, daß er wegen unmittelbarer Gefahr für Leben und Gesundheit nicht aufgehoben werden kann" (2) . . .

Art. 8: „(1) 7 „Zur Einleitung des Verfahrens bei der Gutachterstelle bedarf es des schriftlichen Antrages eines approbierten Arztes."

(2) Die Gutachterstelle läßt jeden einzelnen Fall durch 2 approbierte Aerzte schriftlich begutachten. Diese sollen ihr Gutachten nach persönlicher Untersuchung des Betroffenen in der Weise erstatten, daß vor Abschluß des Verfahrens keiner von dem Gutachten des anderen Kenntnis erhält."

(3) Stimmen die Gutachten im Ergebnis überein, so ist entsprechend zu verfahren. Andernfalls entscheidet der Leiter der Gutachterstelle nach Beiziehung eines Obergutachters oder auf Grund persönlicher Untersuchung."

Dazu hat der Reichsärzteführer Anordnungen erlassen. Danach ernennt der Stellvertreter des Reichsärzteführers in der Reichsführung der KVD die Leiter der Gutachterstellen und errichtet die Gutachterstellen. Die Gutachter werden von dem Leiter der einzelnen Gutachterstellen, die vorläufig von der KVD gebildet werden, berufen; es werden nur arische Aerzte bestellt, das Amt, ist ehrenamtlich und eine Berufung zum Gutachter kann nicht abgelehnt werden. Der Arzt, der den Antrag gestellt hat, kann nicht als Gutachter tätig sein. Will ein Arzt einen Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung stellen, so reicht er einen schriftlichen Antrag bei der Gutachterstelle ein auf

einen für diesen Zweck von der KVD herausgegebenen besonderen Vordruck.

Wie ich bereits ausführte, kann eine Schwangerschaftsunterbrechung nur mit Zustimmung der Patientin vorgenommen werden. Diese Einverständniserklärung soll möglichst zugleich mit dem Antrag der Gutachterstelle zugehen. Ist der Arzt jedoch der Ueberzeugung, daß der Patient die Tragweite des Eingriffes nicht verständlich gemacht werden kann, so wird die Einverständniserklärung entweder von dem Leiter der Gutachterstelle eingeholt, oder, wenn auch er und der Amtsarzt die Unfähigkeit der Patientin in dieser Hinsicht bestätigen, durch einen dieser beiden von dem gesetzlichen Vertreter. Ist ein solcher nicht vorhanden, so kann zu diesem Zweck beim zuständigen Amtsgericht die Bestellung eines Pflegers beantragt werden.

Liegen nun bei der Gutachterstelle der Antrag des Arztes, der eingehend begründet sein muß, und die Einwilligung der Patientin vor, so fordert der Leiter die Gutachten von zwei Gutachtern an und teilt der Patientin deren Namen mit. Die beiden Gutachter treffen ihre Entscheidung unabhängig voneinander und ohne die Aeußerung des anderen zu kennen. Die Gutachten müssen ebenso wie der Antrag des Arztes ausführlich begründet sein. Eine Verständigung der drei Aerzte, d. h. der beiden Gutachter und des antragstellenden Arztes, untereinander ist nicht gestattet. Nach Eingang der Gutachten, für deren beschleunigte Erledigung der Leiter der Gutachtenstelle zu sorgen hat, trifft dieser seine Entscheidung, die dem antragstellenden Arzt auf einem besonderen Formular nach festgelegtem Muster mitgeteilt wird. Dieser benachrichtigt wiederum die Patientin von der Entscheidung der Gutachterstelle. Stimmen die beigezogenen Gutachten nicht überein, so kann der Leiter der Gutachterstelle entweder nach eigener Untersuchung entscheiden oder einen Obergutachter hinzuziehen.

In der vierten Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses heißt es in **Art. 9** dann weiter:

1. . . . . die Unterbrechung der Schwangerschaft oder Entfernung der Keimdrüsen nach § 14 des Gesetzes dürfen nur in einer Krankenanstalt von einem approbierten Arzt vorgenommen werden. Sie sollen tunlichst nicht vorgenommen werden von einem Arzt„ der an dem Verfahren als Gutachter (Obergutachter) beteiligt gewesen ist.

2. Die Unterbrechung kann außerhalb einer Krankenanstalt vorgenommen werden, wenn die Beförderung in die Krankenanstalt eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Schwangeren mit sich bringen würde".

In der Anzeige über die Schwangerschaftsunterbrechung gemäß Art. 12 ist zu begründen, weshalb der Eingriff nicht in einer Krankenanstalt vorgenommen worden ist.

Dazu heißt es in der Anordnung des Reichsärteführers: Krankenanstalten im Sinne dieser Bestimmung sind sowohl die öffentlichen wie die charitativen, wie die privaten Krankenanstalten. Die Wahl unter diesen steht der Patientin frei. Der Arzt, der als Gutachter tätig war, kann den Eingriff nicht ausführen. Der Arzt der den Antrag stellte, teilt die Entscheidung dem ausführenden Arzt mit, erst dann darf der Eingriff vorgennommen werden. Notfalls kann die Gutachterstelle dem ausführenden Arzt eine Bescheinigung unmittelbar ausstellen. Ferner muß jede Schwangerschaftsunterbrechung aus gesundheitlichen Gründen innerhalb drei Tagen nach Ausführung des Eingriffes der Gutachterstelle gemeldet werden. Wird die Unterbrechung der Schwangerschaft abgelehnt, so meldet der Leiter der Gutachterstelle dem zuständigen Amtsarzt die betreffende Patientin, um dem Amtsarzt Gelegenheit zur weiteren Ueberwachung des Verhaltens der Patientin zu geben.

Die Kosten des Eingriffes trägt nach Art. 10 der Verordnung für die bei einer reichsgesetzlichen Krankenkasse oder einer Ersatzkrankenkasse gegen Krankheit versicherten Personen und ihre anspruchsberechtigten Familienangehörigen die Krankenkasse. Bei Hilfsbedürftigen fallen diese Kosten der öffentlichen Fürsorge zur Last. Das Gleiche gilt für die Kosten des Gutachterverfahrens.

Ferner ist in dem neuen Gesetz eine Bestimmung über die Meldepflicht bei Aborten und Schwangerschaftsunter-

brechungen enthalten. Auch hierzu findet sich schon ein Vorläufer in den Leitsätzen Vollmann, allerdings nur ein negativer, denn damals wurde eine Meldepflicht für Aborte abgelehnt. Jetzt heißt es im Gesetz:

„(1) Jede Unterbrechung der Schwangerschaft sowie jede vor Vollendung der 32. Schwangerschaftswoche eintretende Fehlgeburt (Fruchtabgang) oder Frühgeburt sind binnen drei Tagen dem zuständigen Amtsarzt anzuzeigen.

(2) Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der hinzugezogene Arzt.
3. die hinzugezogene Hebamme.
3. jede sonst zur Hilfeleistung bei der Fehlgeburt (Fruchtabgang) oder Frühgeburt hinzugezogene Person, mit Ausnahme der Verwandten, Verschwägerten und der zum Hausstand der Schwangeren gehörenden Personen.

(3) und (4) . . . .

Wie ist nun die praktische Auswirkung der Gesetze?

Ich möchte darüber das gleiche Motto stellen, das Dr. Stadler über die „Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung" stellte, nämlich ein Wort des Führers: „Der Völkische Staat hat das Kind zum kostbarsten Gut eines Volkes zu erklären. Er muß sich als oberster Schirmherr dieses köstlichen Segens fühlen." Adolf Hitler „Mein Kampf".

Nach diesem Grundsatz sollte jeder Arzt handeln, der vor die Frage gestellt wird, ob er in einem Fall eine Schwangerschaft unterbrechen lassen will. Die medizinischen Indikationen zu einer Schwangerschaftsunterbrechung können den verschiedensten Gebieten der Medizin entstammen: Um nur einige der wichtigsten zu nennen: da ist das große Gebiet der Herzkrankheiten. Wann kann man einem kranken Herzen die Mehrbelastung einer Schwangerschaft zumuten? Dann sind es ferner Haut- und Augenerkrankungen, gynäkologische Krankheiten, Geistes- und Nervenkrankheiten, (die allerdings wohl überwiegend unter die eugenische Indikation fallen) und schließlich die Schwangerschaftstoxikosen, die am häufigsten die Voraussetzungen für eine Schwangerschaftsunterbrechung bilden.

Ich möchte mich in dem Folgenden mit der viel umstrittenen Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Tuberkulose beschäftigen. Die Frage, ob eine Tuberkulose, speziell eine Lungentuberkulose durch eine Schwangerschaft wesentlich im ungünstigen Sinn beeinflußt werden kann, ist schon häufig der Gegenstand von Diskussionen gewesen, ohne daß bisher eine klare Antwort darauf gefunden worden wäre. Davon ist aber die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungentuberkulose in weitgehendem Maße abhängig. Man kann meiner Ueberzeugung nach dieses Problem erst in allgemein bindender Form lösen, wenn man zuvor die Frage beantwortet, in wieweit eine Schwangerschaft überhaupt eine bestehende Tuberkulose verschlechtern oder eine latente Tuberkulose reaktivieren kann. Ferner ist dabei wichtig, ob ein solcher Einfluß in allen Fällen angenommen oder eben abgelehnt werden muß, oder ob hier ein Unterschied der verschiedenen Verlaufsformen angenommen werden kann oder muß.

Gleichzeitig taucht ein anderes Fragengebiet auf, kann man denn durch eine Unterbrechung der Schwangerschaft die zu befürchtende oder bereits eingetretene Verschlechterung überhaupt beeinflussen? Diese Fragen wurden in ähnlicher Form von Straub und Schaare gestellt. Auch Schulze-Rhonhof und Hansen haben sich an Hand eines sorgfältig beobachteten Materials mit diesem Gebiet beschäftigt. Sie gingen davon aus, daß bei der Häufigkeit der tuberkulösen Erkrankungen ein Zusammentreffen von Tuberkulose und Schwangerschaft nicht selten ist, und daß bei der größeren Sorgfalt, mit der eine Schwangere ärztlich beobachtet wird, die Wahrscheinlichkeit, daß eine Tuberkulose besonders frühzeitig entdeckt wird, groß ist. Auch etwaige ungünstige Veränderungen im Ablauf einer Tuberkulose während einer Schwangerschaft werden aus demselben Grunde eher entdeckt werden als sonst. Auf Grund solcher Erwägungen kamen Schulze-Rhonhof und Hansen zu dem Schlusse, daß eine ungünstige Beeinflussung von Gravidität und Tuberkulose ein zufälliges Zusammentreffen sei, jedenfalls sei ein eindeutiger Beweis dafür nicht zu erbringen. An anderer Stelle spricht Hansen die Auffassung

aus, daß generell Kausalzusammenhänge abzulehnen sind. (Hansen, K. Verh. Dtsch. Tbk. Ges. 1935),

In einer Aussprache zu diesem Referat sprachen sich allerdings Deist, Lydtin und Bräuning durchaus für eine Beeinflussung einer Schwangerschaft auf die Tuberkulose aus. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang die Untersuchungen von Bräuning. Es ist sehr schwer, einwandfreies Material zu bekommen, dazu gehört eine über viele Jahre ausgedehnte Beobachtung mit möglichst vielen Röntgenaufnahmen. Da sind die Bedingungen in der Lungengenfürsorge Stettin besonders günstig, da hier im Durchschnitt auf zwei Durchleuchtungen ein Film kommt. Das Ergebnis der Untersuchungen Bräunings war zunächst die einwandfreie Feststellung, daß eine Lungentuberkulose durch eine Schwangerschaft verschlechtert werden kann. Ferner fand er bei seinen Untersuchungen, daß eine ungünstige Beeinflussung der Lungentuberkulose durch eine Gravidität fast nie in den ersten Schwangerschaftsmonaten auftrat, auch eine Hämoptoe beobachtete er nur selten. Die Verschlechterungen im Ablauf der Erkrankung traten meist in den ersten sechs Monaten nach der Entbindung auf. Relativ selten scheinen nach Bräunings Untersuchungsmaterial die akuten Verschlechterungen während der ersten Tage und Wochen nach der Entbindung zu sein. Aus diesen Forschungen ergibt sich also, daß anscheinend die Hauptgefahr in dem Akt der Entbindung zu suchen ist und weniger in der Schwangerschaft selbst. Man müßte daraus dann den Schluß ziehen, daß eine Schwangerschaftsunterbrechung die etwaige Verschlechterung der Tuberkulose verhüten könnte. Was heißt nun aber Verschlechterung einer Lungentuberkulose? Die neuen Ergebnisse der Tuberkuloseforschung haben gezeigt, daß das entscheidende Geschehen bei der Lungentuberkulose in Form von Schüben erfolgt, Infiltratschüben, oder als hämatogene Streuung; im Gegensatz zu der bisher vertretenen Auffassung von dem chronischen, stetig fortschreitenden Verlauf der Tuberkulose der Lungen. Es ist selbstverständlich, daß diese plötzliche Weiterentwicklung, von der man nicht weiß, von welchen Faktoren sie abhängig ist, auch gerade während einer bestehenden Schwangerschaft

einsetzen kann, ohne deswegen in ursächlichem Zusammenhang mit ihr zu stehen. Daraus ergeben sich ohne weiteres die Schwierigkeiten in der Beurteilung einzelner Krankheitsfälle. Ich möchte mich Bräuning und anderen anschließen, die bezweifeln, daß man dieses so schwierige Fragengebiet überhaupt mit einer mehr oder weniger rohen Statistik beantworten kann und dieses wichtige Problem lösen kann. Vielmehr glaube ich, und ich habe das auch an dem Material der Heilstätte Amsee bestätigt gefunden, daß man die Frage Lungentuberkulose und Schwangerschaft und wann Schwangerschaftsunterbrechung von Fall zu Fall und unter genauer Beobachtung des verschiedenen Verlaufs der Tuberkulosen beim einzelnen Patienten lösen kann. Ist es doch schon, ohne daß eine Gravidität besteht, fast unmöglich, etwas über den Verlauf der Tuberkulose vorherzusagen. Die Tuberkulose richtet sich in vielen Fällen nicht nach den Gesetzen, die wir ihr so gern auferlegen möchten. Eine anscheinend aussichtslose Lungentuberkulose heilt nach Jahren aus und aus einem kleinen Infiltrat wird trotz Behandlung eine schwere Phthise.

Als Grundlage für die von mir im Folgenden verwandten Krankheitsbezeichnungen dient die auf dem Medizinischen Kongreß 1924 nach Dr. Nicol festgesetzte Nomenklatur. Danach ist: aktiv — inaktiv gleich krank — gesund. Ferner werden die Begriffe infiltrativ — exsudativ — produktiv angewandt, wobei unter infiltrativ eine gutartige, reversible entzündliche Ausschwitzung verstanden wird, wie sie am charakteristischsten bei den kindlichen tuberkulösen Infiltraten zum Ausdruck kommt. Exsudativ dagegen ist die bösartige, irreversible entzündliche Ausschwitzung im Sinne der käsigen Pneumonie. Schließlich werden die Begriffe regredient — stationär — labil — progredient gebraucht. Dabei bezeichnet regredient oder latent oder zur Latenz neigend die klinisch geheilten Fälle, welche keinerlei aktive Erscheinungen mehr aufweisen. Zu den stationären Fällen gehören alle solche, die bei manifesten Erscheinungen sich im großen und ganzen nach der Anamnese und in der Beobachtungszeit symptomatisch und im Allgemeinzustand im Gleichgewicht halten. Ein Patient wird als labil bezeichnet, wenn er durch ein Ereignis aus diesem Gleichgewichts-

zustand herausgerät. Es besteht dann die Möglichkeit, daß er entweder wieder zum stationären Zustand zurückkehrt, oder aber daß die Erkrankung in Progredienz übergeht. Unter Progredienz verstehe ich das unaufhaltsame Fortschreiten einer Lungentuberkulose mit entsprechendem klinischen und Röntgenbefund. Am übersichtlichsten wird das Gesagte, wenn man es in Form einer Kurve aufzeichnet.

Es kommt eben bei der Beurteilung einer Lungentuberkulose nicht allein auf das pathologische Bild an, sondern auch auf den augenblicklichen Gleichgewichtszustand, in dem sich der Patient befindet. Jedes Ereignis kann nun aber eine Lungentuberkulose aus dem Gleichgewicht bringen, mag das nun eine Appendicitis sein, oder irgend eine andere intercurrente Erkrankung oder eine Schwangerschaft.

In den Ausführungsbestimmungen über die Schwangerschaftsunterbrechung heißt es unter anderem, daß grundsätzlich nur dann eine Unterbrechung in Frage kommt, wenn die Tuberkulose noch heilbar ist. Damit taucht ein neuer Faktor auf, nämlich kann durch eine geeignete Behandlung (Heilstättenkur, Pneumothoraxbehandlung) die Erkrankung soweit gebessert werden, daß der Patientin eine Schwangerschaft zugemutet werden kann. Reagiert z. B. eine Frau auf eine Gravidität sofort mit einem frischen tuberkulösen Schub, so soll zunächst versucht werden, durch geeignete Therapie das verlorene Gleichgewicht wieder herzustellen, d. h. sie wieder in den stationären Zustand zurückzuführen. Erst wenn das nicht gelingt oder unwahrscheinlich ist, kann die Unterbrechung in Erwägung gezogen werden und zwar muß diese Entschei-

dung in den ersten drei Monaten gefällt werden. Nur dann hat erfahrungsgemäß die Unterbrechung der Schwangerschaft hier einen Sinn. Dabei darf nicht übersehen werden, daß auch eine Interruptio eine erneute Störung des Gleichgewichtszustandes hervorrufen kann. Darum ist die Nachbehandlung nach einer vorgenommenen Unterbrechung ebenso wichtig, wie nach einer ausgetragenen Schwangerschaft.

Schließlich möchte ich noch grundsätzlich bemerken, daß es sich nach meiner Auffassung bei der Interruptio nicht um eine Behandlung einer Tuberkulose handelt. Man kann von der Schwangerschaftsunterbrechung keine Besserung oder gar Heilung erwarten, sie soll nur die betreffende Patientin wieder in den gleichen Stand der Stabilität bringen, in dem sie vor der Schwangerschaft war. Es wird sich also bei der Beurteilung der Folgen einer Schwangerschaftsunterbrechung immer nur um eine relativ kurze Zeitspanne handeln, niemals um den endgültigen Ausgang einer Lungentuberkulose, der ist, wie bei jeder Lungentuberkulose, schicksalsmäßig. Man muß sich bei der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung immer wieder vor Augen halten, daß der Arzt zum Helfen und Heilen da ist. Darum ist auch eine Unterbrechung, die ja Tötung eines Lebens ist, nur gerechtfertigt, wenn dafür Leben und Gesundheit der Mutter erhalten bleiben.

Ich möchte nun meine Ausführungen mit einigen Krankengeschichten belegen. Es soll damit kein statistisches Material gegeben werden, sondern es soll lediglich gezeigt werden, wie die Entscheidung über vorzunehmende Schwangerschaftsunterbrechungen in jedem Fall verschieden ist und der gesonderten Beurteilung bedarf.

Frl. K., geb. 1. 11. 08. familiär nicht belastet. Beginn der Lungentuberkulose wahrscheinlich während der ersten Schwangerschaft 1935. Damals jedoch keine Behandlung. Im August 1938 trat erneut eine Gravidität ein, zugleich Husten und Auswurf. In der Lungenfürsorge wurde Lungentuberkulose festgestellt. Heilstättenkur Okt. 38 bis März 39. Es handelte sich um eine cavernöse Erkrankung der rechten Lunge. Die Patientin befand sich in sehr gutem Allgemeinzustand. Es wurde eine Pneumothorax rechts angelegt und die Schwangerschaft im November 1938 unterbrochen. Danach weiter gute Allgemeinerholung. Röntgenolo-

gisch trat deutlich beginnende Rückbildung der Erkrankung ein, obgleich der sehr inkomplette Pneu rechts bald verschwartete. Bei der Wiederholungskur im Mai 1940 war das Cavum im rechten Oberfeld auch tomographisch nicht mehr nachweisbar. Im Sputum keine Tbc.-Bazillen mehr.

Beurteilung: Ein deutlicher Erfolg der Schwangerschaftsunterbrechung. Vor der Gravidität befand sich die Patientin in stationärem Zustand, d. h. die Lungentuberkulose ruhte. Durch die Schwangerschaft geriet sie daraus in den labilen Zustand: Ausbruch der Lungentuberkulose mit Einschmelzung, Tbc.-Bazillen im Sputum. Durch die Schwangerschaftsunterbrechung trat der stationäre Zustand wieder ein und die Erkrankung heilte schließlich durch die gleichzeitig einsetzende Behandlung.

Frau N., geb. 29. 6. 03, familiär nicht belastet. Beginn der Lungentuberkulose 1924 während einer Gravidität, die unterbrochen wurde. Anschließend 1924 Heilstättenkur und 1926 Heilstättenkur. Danach Wohlbefinden bis 1935. Dann während einer erneuten Schwangerschaft an Grippe erkrankt und mit einer offenen linksseitig cavernösen Lungentuberkulose in die Heilstätte eingewiesen. Kur von Januar bis Juni 1936. Die Schwangerschaft wurde im Januar 1936 unterbrochen. Danach setzte zunächst längere Zeit hohes Fieber bei mäßigem Allgemeinbefinden ein. Röntgenologisch konnte ein nach der Interruptio entstandener frischer Prozeß im linken Unterfeld nachgewiesen werden. Im April 1936 wurde dann eine Pneumothoraxbehandlung der linken Lunge eingeleitet. Die Patientin war dann später 1937/38 und 1939 zu kurzen Nachkuren in der Heilstätte. Die Erkrankung der linken Lunge war völlig zur Ruhe gekommen und soweit ausgeheilt, daß 1939 das Lungenbild fast normal war. Tbc.-Bazillen wurden nie mehr im Auswurf gefunden. Der Allgemeinzustand war gut..

Beurteilung: Es handelt sich hier um eine sehr zarte Patientin. Wie labil der Gesamtzustand war, geht aus dem Krankheitsablauf deutlich hervor. Bei der ersten Schwangerschaft 1924 entstand die Lungentuberkulose. Nach der seinerzeit vorgenommenen Interruptio und anschließender Heilstättenkur erfolgte wieder Stillstand. Danach ruhte die Erkrankung, d. h. sie war stationär, bis 1935 bei einer erneuten Schwangerschaft eine Reaktivierung eintrat. Sogar nach der Unterbrechung trat ein frischer Schub auf als Herdreaktion im Sinn eines infiltrativen Aufflackerns. Die im Anschluß an die Interruptio durchgeführte Pneumothoraxbehandlung wirkte sich im Laufe der Zeit so gut aus, daß die späteren Wiederholungskuren einen stetigen Rückgang der Erkrankung zeigten.

Frl. R., geb. 1. 7. 09, familiär nicht belastet. Beginn der Lungentuberkulose August 1935. Erste Heilstättenkur November 1935 bis April 1936. Es handelte sich um eine offene doppelseitige Lungentuberkulose mit Cavernenbildung in der rechten Lunge, die mit einem Pneumothorax der rechten Seite behandelt wurde. Bei den ambulanten Nach-

füllungen wurde im November 1936 eine Gravidität im 3. Monat festgestellt und die Patientin erneut zur Kur eingewiesen. Zweite Kur November 1936 bis April 1937. Röntgenologisch konnte keine Verschlechterung der Lungenerkrankung festgestellt werden. Wegen der aber noch immer hochaktiven Erkrankung wird im Dezember 1936 die Schwangerschaft unterbrochen und eine viermonatige Heilstättenkur angeschlossen. Seitdem geht es der Patientin gut. Der Pneumothorax rechts wurde inzwischen beendet und die Erkrankung soweit ausgeheilt, daß eine 1939 eintretende Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde und ohne Schaden der Patientin ausgetragen werden konnte.

Beurteilung: Die Patientin befand sich noch im labilen Zustand, aber doch schon auf dem Wege zum stationären hin, als die Schwangerschaft eintrat. Die Unterbrechung wurde befürwortet, weil zu befürchten war, daß durch die Belastung der Schwangerschaft der Zustand wieder labil oder gar progredient werden würde. Der Erfolg der Interruptio war zunächst Stillstand der Erkrankung, schließlich Rückkehr zum stationären Gleichgewicht mit endlicher Heilung, sodaß eine spätere Gravidität ohne Schaden ausgetragen werden konnte.

Frau B., geb. 1. 5. 01. familiär nicht belastet. November 1935 wurde Lungentuberkulose festgestellt. Zunächst Krankenhausaufenthalt, dann Juli bis November 1936 Heilstättenkur. Es fand sich eine rechtsseitige offene cirrhotisch-cavernöse Lungentuberkulose. Der Versuch, einen Pneumothorax rechts anzulegen, scheiterte an Verwachsungen. Deshalb wurde im Oktober 1936 eine Thorakoplastik rechts vorgenommen, von der aber wegen Kreislaufversagens nur die untere Teilplastik ausgeführt werden konnte. Es wurde zunächst keine Bazillenfreiheit erreicht und die Patientin mußte deshalb längere Zeit in einem Krankenhaus asyliert werden. Dort besserte sich der Befund so weitgehend, daß im April 1937 das Cavum röntgenologisch nicht mehr nachweisbar war und im Sputum keine Tbc.-Bazillen mehr nachgewiesen werden konnten. Die Patientin wurde deshalb nach Hause entlassen. Im November 1937 traten plötzlich wieder Husten und Auswurf auf. Frau B. fühlte sich sehr matt. Es wurde eine Gravidität festgestellt. Mit Rücksicht auf die vor kurzem noch hochaktive, cavernös offene Tuberkulose wurde die Schwangerschaft unterbrochen, um eine drohende Reaktivierung zu verhindern. Nach der Interruptio schlagartiges Verschwinden der Beschwerden. Röntgenologisch weitere Besserung des Befundes.

Beurteilung: Es handelte sich hier um einen Grenzfall für eine Schwangerschaftsunterbrechung. Die subjektiven Beschwerden — Husten und Auswurf — gingen nicht mit einer röntgenologisch nachweisbaren Verschlechterung der Erkrankung einher, sodaß man sich im Zweifel sein konnte, ob man nicht die Schwangerschaft austragen lassen könnte. Mit Rücksicht jedoch auf die vor 1½ Jahren noch hochaktive cavernöse Erkrankung entschlossen wir uns zur Interruptio. Das sofortige Verschwinden der subjektiven Beschwerden danach darf man wohl als Zeichen nehmen, daß eine drohende Reaktivierung, die eben im Röntgenbild noch nicht nachweisbar war, verhindert werden konnte.

Frau B., geb. 7. 8. 02. familiär belastet. Ehemann früher offene Tbc. Beginn der Lungentuberkulose 1934. Nach kurzem Krankenhausaufenthalt Heilstättenkur Dezember 34 bis Mai 1935. 1935 bis 1936 Pneumothorax rechts. Mai 1936 Reaktivierung durch Gravidität. Es handelte sich jetzt um eine doppelseitige offene rechts cavernöse Lungentuberkulose, die durch den schlechtsitzenden Pneumothorax, der zudem bald verschwartete, nicht beeinflußt wurde. Die Schwangerschaftsunterbrechung wurde im Juli 1936 vorgenommen. Danach verschlechterte sich der Allgemeinzustand erheblich.. Die Patientin war meist subfebril, sah toxisch blaß aus, hatte viel Husten und Auswurf. Röntgenologisch konnte eine deutliche Verschlechterung der Erkrankung nachgewiesen werden, außerdem bestand eine Larynxtuberkulose. Im Einverständnis mit der Fürsorge wurde die Patientin zu Hause asyliert. Sie erholte sich im Laufe der Zeit so gut, daß während der erneut durchgeführten Kur von August 1938 bis Februar 1939 eine Thorakoplastik rechts vorgenommen werden konnte. Die Nachkur von Mai bis Juli 1940 zeigte weiteren Rückgang der Erkrankung. Tbc.-Bazillen wurden im Auswurf nicht mehr nachgewiesen.

Beurteilung: Es handelte sich hier um einen von vornherein sehr schweren Fall. Die Patientin befand sich stets auf der Grenze zwischen dem labilen und stationären Zustand. Durch die Schwangerschaft und deren Unterbrechung wurde das Gleichgewicht gestört. Es trat beide Male eine erhebliche Verschlechterung und Fortschritt der Erkrankung ein, sodaß zunächst mit einer Stabilisierung nicht gerechnet werden konnte. Daß dann schließlich doch eine Besserung eintrat und eine Thorakoplastik vorgenommen werden konnte, durch die der Enderfolg erreicht wurde, liegt im schicksalsmäßigen Ablauf einer Tuberkulose, den zu bestimmen nicht immer in unserer Hand liegt.

Frau St., geb. 17. 11. 14. familiär nicht belastet. Beginn der Tuberkulose 1934 mit Haemoptoe. Keine Kur. Anfang August 1936 erneut Haemoptoe. Außerdem bestand eine Gravidität im 2. Monat. Es wurde jetzt eine Heilstättenkur durchgeführt von August 1936 bis März 1937. Bei der Aufnahme fand sich eine ausgedehnte doppelseitige klinisch offene Lungentuberkulose mit Einschmelzungen beiderseits, Stad. II/III. Im Oktober 1936 wurde die Interruptio vorgenommen. Anschließend wurde in ausgedehnter Heilstättenbehandlung ein doppelseitiger Pneumothorax angelegt, der sich recht gut auswirkte. Die Patientin verstarb im Mai 1937, wahrscheinlich an einem Spontanpneumothorax nach einer ambulanten Nachfüllung.

Beurteilung: Hier stand die Frage der Unterbrechung hart an der oberen Grenze. Es ging darum: war diese Tuberkulose noch heilbar, denn nur dann war die Unterbrechung gerechtfertigt. Ausschlaggebend war hier die Blutsenkungsgeschwindigkeit. Die S. R.-Werte bewegten sich um 20 mm in der ersten Stunde nach Westergreen, ein erstaunlich niedriger Wert bei dieser ausgedehnten Erkrankung. Zudem bestand die Erkrankung bereits seit 1934 ohne wesentliche Veränderung, obgleich die Frau keine Kur gemacht hatte. Die zunehmende

Allgemeinerholung der Patientin, der weitere Rückgang der Senkungsreaktion und die beginnende röntgenologische Rückbildung gaben dieser Ueberlegung recht. Das Ausschlaggebende war hier, wie auch schon in den vorigen Fällen hervortrat, die konsequente ausgiebige Weiterbehandlung. Der Tod der Patientin erfolgte wahrscheinlich durch einen nach einer ambulant durchgeführten Füllung eingetretenen Spontanpneumothorax. Auf keinen Fall war der Allgemeinzustand und der röntgenologische Befund bei der letzten Untersuchung und Nachfüllung so, daß mit dem Exitus gerechnet werden konnte.

Frl. A., geb. 11. 12. 20, familiär belastet. Beginn der Lungentuberkulose 1936 mit Pleuritis exsudativa. Anschließend Januar bis Juli 1937 Heilstättenkur. Danach $^3/_4$ Jahr ohne Arbeit zu Hause. Zum 1. Mal im März 1938 wieder leichte Arbeiten ausgeführt. Daraufhin wurde im Oktober 1938 in der Lungenfürsorge eine Verschlechterung festgestellt. Erneute Heilstättenkur vom November 1938 bis Mai 1939. Es handelte sich bei der Aufnahme um eine doppelseitige geschlossene vorwiegend infiltrative Spitzentuberkulose. Eine vorgeschlagene Pneumothorax duplex-Behandlung wurde von den Eltern abgelehnt. Während der Kur trat eine Schwangerschaft auf, die im April 1939 unterbrochen wurde. Danach gute Allgemeinerholung, röntgenologisch Beruhigung und Rückbildung. Die Kur wurde gegen ärztlichen Rat im Mai 39 abgebrochen.

Beurteilung: Aus dem ganzen Krankheitsverlauf geht deutlich der labile Charakter der Erkrankung hervor. Ich möchte nochmals kurz wiederholen: 6 Monate Kur — $^3/_4$ Jahr nicht gearbeitet — nach kurzem Versuch mit leichter Arbeit Verschlechterung.. Auch während der danach durchgeführten Heilstättenkur erfolgte nur sehr langsame Rückbildung, sodaß zu erwarten war, daß durch die Graviditat das Gleichgewicht wieder gestört werden würde. Es ergab sich hier nun aber noch eine neue Frage: Wäre durch eine Pneu duplex-Anlage die Tuberkulose so günstig beeinflußt worden, daß eine Unterbrechung nicht nötig gewesen wäre? Die Eltern der noch minderjährigen Patientin hatten den Eingriff abgelehnt. Eine Möglichkeit, ihre Zu-Zustimmung zu erzwingen, bestand nicht. M. E. nach liegt hier eine gewisse Gefahr, nämlich, daß eine Patientin eine Unterbrechung erzwingt, indem sie die vorgeschlagene Behandlung, die die Interruptio vermeiden lassen könnte, ablehnt. Eine gesetzliche Bestimmung darüber gibt es bis jetzt noch nicht. Mir erscheint jedoch eine Regelung recht wichtig.

Frau L., geb. 20. 1. 08, familiär belastet. Beginn der Erkrankung April 1929 mit Haemoptoe. Mai bis Dezember 29 Heilstättenkur. 1929/33 Pneumothorax links. Danach gut gegengen bis Mai 37, wo eine Pleuritis exsudativa rechts auftrat. Erneut Heilstättenkur von November 37 bis März 38. Bei Kurantritt bestand eine Gravidität Mens. III. Es handelte sich um eine doppelseitige offene Lungentuberkulose, links vorwiegend cirrhotisch, rechts infiltrativ mit Cavernenbildung. Ein

Pneumothoraxversuch rechts scheiterte an Verwachsungen. Die vorgeschlagene Schwangerschaftsunterbrechung wurde von der Patientin aus religiösen Gründen abgelehnt. Die Erkrankung verlief weiterhin progredient und es kam zum Exitus letalis.

Beurteilung: Wie im Falle St. stand die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung hier auf der oberen Grenze der Möglichkeit einer Interruptio. Immerhin hätte sich eine Unterbrechung nach dem bisherigen, sich über lange Jahre hinstreckenden schubweisen Verlauf, dem guten Allgemeinbefinden der Patientin und der nicht abnorm beschleunigten Senkungsreaktion verantworten lassen. Nach der Ablehnung der Schwangerschaftsunterbrechung durch die Patientin und dem Scheitern des Pneumothorax rechts war eine aktive Therapie nicht mehr möglich. Die Tuberkulose wurde progredient und führte schließlich zum Exitus.

Frl. Oe., geb. 23. 9. 18, familiär belastet. Beginn der Lungentuberkulose 1934. 1. Heilstättenkur November 1934 bis Juli 1935. Die Diagnose lautete: linksseitige, cavernöse offene Lungentuberkulose. Es wurde eine Pneumothoraxbehandlung der linken Seite von 1934 bis 1936 durchgeführt. Bei der Verschwartung des Pneumothoraxes links trat eine frische Erkrankung der rechten Seite auf. 2. Heilstättenkur Juli bis Oktober 1936. Es bestand außerdem eine Schwangerschaft im 2.. Monat. Es wurde eine Schwangerschaftsunterbrechung vorgeschlagen, die jedoch von den Eltern der Patientin ebenso abgelehnt wurde, wie eine beabsichtigte Pneumothoraxbehandlung der rechten Seite. Im Dezember 1938 wurde die Patientin erneut zur Kur aufgenommen. Es bestand jetzt eine schwere progrediente, doppelseitige, cavernöse Phtise. Der Patientin und ihren Eltern fehlte jegliche Krankheitseinsicht. Die Kur wurde vorzeitig abgebrochen.

Beurteilung: Die Tuberkulose hatte sich nach der ersten Kur recht gut gebessert. Die Erkrankung der linken Seite war unter der Pneumothoraxbehandlung weitgehend rückgebildet worden. Die anfangs vorhandenen Cavernen waren nicht mehr nachweisbar und der Auswurf war Tbc. negativ. Durch die Verschwartung des Pneu links und eine hinzukommende Schwangerschaft trat eine frische Erkrankung der rechten Seite auf. Die Erkrankung war also bei Eintritt der Gravidität noch nicht stationär. Aller Wahrscheinlichkeit nach wäre durch eine Schwangerschaftsunterbrechung und eine geeignete Nachbehandlung (Pneumothorax rechts) das Weiterschreiten der Erkrankung verhindert worden.

Zusammenfassung.

Es wurden neun Fälle beschrieben. In sieben Fällen wurde wegen einer Lungentuberkulose, die durch die Gravidität verschlechtert worden war, oder aber bei der zum mindesten die Gefahr einer Reaktivierung bestand, die Schwangerschaft unterbrochen. Es konnte dadurch in allen Fällen zusammen mit einer ausgiebigen Behandlung eine weitere Verschlechterung der Lungentuberkulose verhindert werden. In zwei Fällen trat völlige Ausheilung ein. Bei den anderen Fällen besserte sich die Tuberkulose erst nach weiterer konsequenter Behandlung. In zwei Fällen wurde durch die Interruptio zunächst eine nochmalige Reaktivierung hervorgerufen. Es handelte sich dabei aber nur um ein kurzdauerndes Aufflackern im Sinne einer infiltrativen Herdreaktion. Zwei Fälle verliefen progredient, die Schwangerschaftsunterbrechung war hier von den Patienten abgelehnt worden.

Abschließend möchte ich noch einmal wiederholen, was ich schon eingangs sagte: Jeder einzelne Tuberkulosefall ist in seinem Verlauf abhängig von der allgemeinen Reaktionslage, in der sich die Patientin befindet. Ein Schema für Schwangerschaftsunterbrechungen bei Lungentuberkulose läßt sich m. E. nach nicht aufstellen. Aufgabe der Schwangerschaftsunterbrechung ist es, die Patientin auf den vorher innegehabten Gleichgewichtszustand wieder zurückzuführen. Die Interruptio ist m. E. nach keine Behandlung einer Lungentuberkulose, sondern dient nur zur Beseitigung gung eines Momentes, das die Patientin in den labilen Zustand brachte.

Ich möchte mit meinen Ausführungen zeigen, wie wichtig und von welch weitgehender Bedeutung gerade im Hinblick auf die Tuberkulose der Erlaß vom 26. 6. 1934 war, mit dem die Aenderung des § 14 des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses beschlossen wurde. Bei der lange Zeit herrschenden ablehnenden Einstellung zum Kinde war ein sogenannter „Lungenspitzenkatarrh" ein nur zu oft und gern benutzter Vorwand eine unliebsame Schwangerschaft unterbrechen zu lassen. Andererseits wiederum mußten Frauen unter schwerer, oft dauernder Schädigung

ihrer Gesundheit eine Gravidität austragen, eben weil es keine einheitliche, gesetzmäßig bindende Behandlung gab. Es blieb dem einzelnen Arzt überlassen, hierin eine Entscheidung zu treffen und es war dem einzelnen Richter überlassen, das Urteil über den Arzt zu fällen. Jetzt entscheidet ein Konsilium von Aerzten über einen gesetzmäßig erlaubten Eingriff. Wie in so vielen Dingen des deutschen Lebens hat sich auch hier dank unserem Führer eine entscheidende Wandlung zum Besten des deutschen Volkes vollzogen.

Schrifttum

Richtlinien für Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen. Herausgegeben von der Reichsärztekammer, bearbeitet von Dr. Hans Stadler.

Lungentuberkulose und Schwangerschaft von H. Bräuning, Chefarzt der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Stettin. Leipzig: Georg Thieme 1935.

Straub u. Schaare, Beitr. Klin. Tbk. 92, 31—51 (1938).

Tuberkulose und Schwangerschaft von Hangeler, Beitr. Klin. Tbc. 1939.

Die Lungentuberkulose, Lehrbuch der diagnostischen Irrtümer von Dr. K. Nicol und Dr. G. Schröder, Verlag der ärztl. Rundschau Otto Gmelin/München.

Lebenslauf.

Am 9. 2. 1912 wurde ich in Berlin als Tochter des Bankdirektors Adolf Posoreck geboren. Ich bin arischer Abstammung und habe die deutsche Staatsangehörigkeit. Bis 1931 besuchte ich das Königstädtische Oberlyzeum in Berlin, dessen Reifezeugnis ich erhielt.

Von 1931—1936 studierte ich Medizin an der Universität Berlin. Hier bestand ich im Februar 1934 das medizinische Vorexamen und am 24. 2. 1937 das medizinische Staatsexamen mit der Note gut.

Meine Medizinalpraktikantenzeit verbrachte ich im Kreiskrankenhaus in Babelsberg bei Potsdam. Seit meiner Approbation am 1. 4. 1938 bin ich in Maren/Müritz tätig. Anfangs arbeitete ich als Volontärärztin, später als Assistenzärztin in der Frauenheilstätte Amsee der L. V. A. Mecklenburg. Seit einem Jahr bin ich als Assistenzärztin in der dazugehörigen Kinderheilstätte „Eckfannen" tätig..

Ilse Posoreck